

平成19年度 身体障害者入所授産施設 利用者調査

調査のお願い

このたび、は、よりよいサービスの実施をめざして、東京都福祉サービス第三者評価を実施することになりました。この評価は、東京都福祉サービス評価推進機構によって認証されている 評価機関が実施いたします。

第三者評価にあたって、 を利用されている利用者の方が、提供されているサービスに対して、どのように感じていらっしゃるかを把握するため、アンケート調査を実施することになりました。

調査結果は、 の利用者調査としてまとめられ、それを基に のサービス評価をすることになっています。また、定められた項目については、インターネットを通じて公表される予定になっています。

調査は、統計的に処理し、記入者を特定したり、調査結果の内容を、第三者評価の目的以外に使用することは絶対にいたしません。

ご多忙の折恐縮ですが、調査の趣旨をご理解の上、ぜひともご協力のほどお願いいたします。

記入に当たって

- ・この調査は、 を利用されている ご本人自身 がご回答ください。
- ・あなたの気持ちに近いものに をつけてご回答ください。
- ・質問の内容が「経験したことがない」「覚えがない」など該当しない場合には、記入しないで次の質問に進んでください。
- ・質問ごとにご意見などがある場合は、（自由意見）欄にご記入ください。
- ・この調査票は、別添の返信用封筒をご利用の上、平成 年 月 日までに投函してください。

この調査に関してのお問い合わせは、下記にお願いします。

問合せ先

評価機関

第三者評価担当者（××××）

〒

区・・・・

電話

当社はこれまで・・・・です。

現在ご利用の施設についておたずねします

あなたの気持ちに最も近い番号を1つだけ選び、印をお付けください。

サービスの提供

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問1. 食事の介助やメニューは、あなたの状態に合っていますか	1	2	3
(自由意見)			
問2. 日常生活には、あなたの好きなことができる時間がありますか	1	2	3
(自由意見)			
問3. 仕事など日常の活動は充実していますか	1	2	3
(自由意見)			
問4. 工賃・給料の支払いのしくみは、わかりやすく説明されていますか	1	2	3
(自由意見)			
問5. あなたが困ったときの、職員の相談や支援は十分ですか	1	2	3
(自由意見)			
問6. あなたに合った自立に向けた支援(学習・体験・具体的な準備等)は行われていますか	1	2	3
(自由意見)			
問7. あなたの身の回りにある設備は安心して使えますか	1	2	3
(自由意見)			
問8. 家族に連絡する際に、方法や内容等についてあらかじめあなたの希望をきいてくれますか	1	2	3
(自由意見)			

利用者個人の尊重

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問9. 他の人に見られたくないことや聞かれたくないことなどに気遣いがされていますか	1	2	3
(自由意見)			
問10. 施設ではあなたの気持ちが尊重されていますか	1	2	3
(自由意見)			
問11. 職員は、あなたに丁寧に接していると思いますか	1	2	3
(自由意見)			

個別の計画

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問12. 目標や計画を作るとき、職員はあなたの状況や要望を聞いてくれましたか	1	2	3
(自由意見)			

個別の目標や計画について、説明がありましたか

1. はい

2. いいえ



利用前の対応へ
お進みください

↓

問13へお進みください

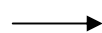
	はい	どちらとも いえない	いいえ
問13. あなたの目標や計画についての説明はわかりやすかったですか	1	2	3
(自由意見)			

利用前の対応

過去1年以内にこの施設を利用し始めましたか

1. はい

2. いいえ



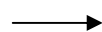
問15へお進みください



利用前に、サービス内容や利用方法について説明がありましたか

1. はい

2. いいえ



問15へお進みください



問14へお進みください

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問14. サービス内容や利用方法の説明はわかりやすかったですか	1	2	3
(自由意見)			

不満・要望への対応

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問15. あなたは不満や要望を職員に言いやすいですか	1	2	3
(自由意見)			
問16. 職員は不満や要望にきちんと対応してくれていますか	1	2	3
(自由意見)			
問17. 困ったことを第三者委員などに相談できることを知っていますか	1	2	3
(自由意見)			

総合的な感想についてお聞きします

〔1〕現在利用している施設のサービスを総合的に見て、どの程度満足していますか。

(1つに)

大変満足	満足	どちらとも いえない	不満	大変不満
1	2	3	4	5

〔2〕日頃お感じになっている施設に対するご意見・ご要望など、ご自由にお書きください。

〔3〕今回の調査についてお気づきになった点など、ご自由にお書きください。

最後にあなたご自身についておたずねします

F 1 . あなたの年齢はおいくつですか。 (1 つに)

- | | | | |
|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1 . 20歳未満 | 2 . 20 ~ 25歳未満 | 3 . 25 ~ 30歳未満 | 4 . 30 ~ 35歳未満 |
| 5 . 35 ~ 40歳未満 | 6 . 40 ~ 50歳未満 | 7 . 50 ~ 60歳未満 | 8 . 60歳以上 |

F 2 . あなたの性別はどちらですか。 (1 つに)

- | | |
|-------|-------|
| 1 . 男 | 2 . 女 |
|-------|-------|

F 3 . 施設に入所したのはいつ頃ですか。

年	月頃
---	----

F 4 . さしつかえなければあなたの障害の状況を教えてください。

身体障害者手帳に記載された障害の程度はどのくらいになりますか。 (1 つに)

- | | | | |
|--------|--------|----------|--------|
| 1 . 1級 | 2 . 2級 | 3 . 3級 | 4 . 4級 |
| 5 . 5級 | 6 . 6級 | 7 . 手帳なし | |

身体障害者手帳に記載されている障害名の種類をお知らせください。 (該当する全てに)

- | |
|--|
| 1 . 視覚障害 |
| 2 . 聴覚障害 |
| 3 . 平衡機能障害 |
| 4 . 音声機能・言語機能・そしゃく機能の障害 |
| 5 . 肢体不自由 (上肢、下肢、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害) |
| 6 . 肢体不自由 (体幹) |
| 7 . 内部障害 (心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸の機能の障害・免疫の機能障害) |
| 8 . 手帳なし |

愛の手帳に記載された障害の程度はどのくらいですか。 (1 つに)

- | | | |
|--------|----------|--------|
| 1 . 1度 | 2 . 2度 | 3 . 3度 |
| 4 . 4度 | 5 . 手帳なし | |

ご協力ありがとうございました。

この調査票は、別添の封筒をご利用の上、 月 日までにご返送願います。